**Telefon: 01/3712-236**

**E-mail:** **med.dok@kbsd.hr**



**KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH**

**10000 ZAGREB, Sveti Duh 64**

**SLUŽBA ZA PRAVNE POSLOVE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ime i prezime podnositelja zahtjeva/srodstvo s pacijentom)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(adresa)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(poštanski broj i mjesto)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(tel./mob.; e-mail adresa)**

 **Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije**

**Molim da mi izdate presliku** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(naziv dokumentacije: povijest bolesti/otpusno pismo)**

**u svezi liječenja** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(ime i prezime pacijenta) (datum rođenja)**

 **koji/a se liječio/la u KB „ Sveti Duh“ na odjelu** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(naziv ustrojstvene jedinice-odjela)**

**(od/datum):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(do/datum):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Molim da mi se tražena medicinska dokumentacija dostavi:**

a) putem elektroničke pošte

b) osobnim preuzimanjem na urudžbenom zapisniku KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

c) dostava poštom s povratnicom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NAPOMENA:**

Uz zahtjev priložiti **presliku osobne iskaznice**, a ukoliko se radi o uvidu u medicinsku dokumentaciju bračnog druga, izvanbračnog druga, punoljetnog djeteta, roditelja, brata, sestre, zakonskog zastupnika ili skrbnika potreban je dokument koji dokazuje srodstvo (rodni list, vjenčani list, rješenje centra za socijalnu skrb).

Ukoliko podnositelj zahtjeva nije ujedno i pacijent za kojeg se traži medicinska dokumentacija potrebno je navesti osnovu na temelju koje zahtijeva medicinsku dokumentaciju npr. zakonski zastupnik, skrbnik, opunomoćenik, nakon smrti pacijenta bračni drug, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik odnosno skrbnik pacijenta)

Ovime dobrovoljno dajem privolu da se moji osobni podaci(ime i prezime, adresa: ulica i broj, poštanski broj i mjesto, e-mail adresa, tel/mob) koriste od strane Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u svrhu izdavanja preslike medicinske dokumentacije po ovom zahtjevu sukladno čl. 23. i 24. Zakona o zaštiti prava pacijenata. Klinička bolnica „Sveti Duh“ ne smije moje osobne podatke iz ove privole dostavljati trećima niti ih smije koristiti u druge svrhe osim i jedino u svrhu radi koje dajem ovu privolu.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)**